

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 69

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
VARICOCÈLE TUBO-OVARIEN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Janvier 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Victor CAMUSET

Né le 12 Mai 1877, à Mervans (Saône-et-Loire).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Janvier 1909



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 69

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

VARICOCÈLE TUBO-OVARIEN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Janvier 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Victor CAMUSET

Né le 12 Mai 1877, à Mervans (Saône-et-Loire).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1909

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.
DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales		TEISSIER
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD
Clinique ophtalmologique.		PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY
Clinique des maladies mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants		ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale		PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		X...
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie		CAZENEUVE
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE
Physiologie		GUIART
Pathologie interne.		TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT
Anatomie pathologique.		MORAT
Médecine opératoire		ROQUE
Médecine expérimentale et comparée		COLLET
Médecine légale.		PAVIOT
Hygiène		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLOING
Pharmacologie		LACASSAGNE
		COURMONT (J.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires	MM. ROCHET.	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND, ag.	—
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	REGAUD	J. LEPINE	NOGIER
SAMBUC	COMMANDEUR	LESIEUR	MOUNEYRAT
COURMONT (P.)	GAYET	Etienne MARTIN	LATARGET, ch...
CHATIN	MOREL	CAVAILLON	BÉRIEL, ch...
VILLARD	NEVEU-LEMAIRE	LAROYENNE	
TIXIER	PATEL	VORON	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, *Président*; BÉRARD, *Assesseur*;
MM. CAVAILLON et VORON, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

ET DE MA SŒUR

A MA MÈRE

A MON ÉPOUSE

ET A MES ENFANTS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A mon Président de Thèse :

M. LE PROFESSEUR PONCET

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon.

AVANT-PROPOS

Au début de ce travail qui constitue le couronnement de nos études médicales, nous considérons comme un devoir agréable d'adresser à tous nos Maîtres, l'hommage de notre reconnaissance et l'assurance de notre profond et affectueux respect.

M. le Professeur Deroye, Directeur de l'Ecole de médecine de Dijon, nous initia à l'art si difficile de l'auscultation. Sa patience, son dévouement, nous ont laissé un souvenir ineffaçable et nous sommes heureux de pouvoir lui exprimer ici notre affectueuse reconnaissance.

M. le Professeur Parizot, chirurgien de l'Hôpital, dont nous avons régulièrement suivi l'enseignement clinique, nous prodigua sans cesse ses précieux conseils. Qu'il veuille bien agréer nos sincères remerciements.

Nous ne saurions oublier ce que nous devons à M. le Professeur Broussole, chirurgien de l'Hôpital qui, soit à l'Ecole, soit dans son service, se dépense si largement pour l'instruction de ses élèves. Qu'il nous permette de lui renouveler nos sentiments de profonde gratitude.

M. le Professeur Dubard, médecin de l'Hôpital nous a toujours charmé par ses savantes leçons émaillées

d'idées originales. Nous nous félicitons d'avoir été son élève assidu. Toutefois ce n'est pas par des mots que nous pourrons jamais nous acquitter envers lui car nous n'oublions pas l'appui moral qu'il nous accorda de si bon cœur à diverses reprises.

Notre reconnaissance et l'hommage de notre respect sont également acquis à tous les professeurs et médecins qui ont contribué à notre instruction ; nous sommes particulièrement redevable à notre excellent ami le D^r G. Leclerc, professeur suppléant de clinique chirurgicale, qui nous a si largement fait bénéficier de son savoir et sans cesse soutenu de ses encouragements et de ses conseils.

Nous remercions bien sincèrement M. le D^r Leriche, Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon à qui revient l'idée première de cette thèse. C'est lui qui présida à nos recherches et nous apporta des documents précieux pour l'édification de ce modeste travail, nous faisant ainsi généreusement profiter des résultats de son expérience personnelle.

Nous avons été très sensible à l'accueil bienveillant que nous avons trouvé auprès de MM. A. Pollosson, Professeur de Gynécologie, Cavaillon, Professeur agrégé et Violet, Moniteur de clinique ; nous les assurons de notre entier dévouement.

M. le professeur Poncet nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous le prions de bien vouloir agréer l'expression de nos remerciements et de notre respectueuse reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
VARICOCÈLE TUBO-OVARIEN

INTRODUCTION

M. le Dr Leriche, chef de clinique de M. le professeur Poncet, eut l'amabilité de nous donner pour sujet de thèse, le cas d'une malade du service, dont on lira plus loin l'observation détaillée et chez laquelle, à la suite d'une laparotomie pour ainsi dire exploratrice, on avait découvert un varicocèle tubo-ovarien.

Cette lésion nous paraissant plutôt rare, contrairement à ce qu'ont écrit certains auteurs qui lui attribuent même un rôle relativement important dans la pathologie des organes génitaux de la femme, nous avons jugé qu'il serait intéressant de revoir dans la littérature médicale les observations publiées sur ce sujet.

Malgré de patientes et laborieuses recherches, nous ne sommes parvenu à en réunir que quelques cas, ce qui semblerait devoir confirmer notre idée première.

Toutefois, profitant des notes et des renseignements

que nous avons pu recueillir, nous essaierons d'en dégager une allure clinique particulière qui permette sinon de faire sûrement le diagnostic du varicocèle tubo-ovarien, du moins d'y penser et de le reconnaître le cas échéant.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION, HISTORIQUE, FRÉQUENCE

On décrit sous le nom de varicocèle tubo-ovarien ou pelvien et, par analogie à ce qui se passe chez l'homme, la dilatation passive et permanente des veines du petit bassin avec épaissement de leur paroi.

Il ne semble pas avoir été étudié avant Richet qui en a fait la description macroscopique dans son traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale.

En 1858, un de ses élèves, Devalz, lui consacre sa thèse (Devalz) : *Du Varicocèle pelvien et de son influence sur le développement de l'hématocèle rétro-utérine* (Thèse Paris, 1858). Il y décrit avec le plus grand soin les plexus utéro-ovariens normaux et il indique ensuite quelles modifications de volume et d'aspect peuvent résulter de l'engorgement variqueux. En ce qui concerne l'ovaire, il ne se livre qu'à des suppositions : « Je n'ai pu, dit-il, examiner le tissu de l'ovaire ; je suis donc forcé d'être incomplet sur ce point et ce que je vais indiquer, je ne l'ai pas vu, c'est simplement ce que je crois. Je pense que le tissu de l'ovaire doit être profondément altéré alors que la circulation veineuse est entravée. Jugeant par analogie de ce qui se passe sur une jambe variqueuse, je pense que

cet organe doit subir de grandes altérations de nutrition, telles que œdème, engorgement, etc... Peut-être de même le varicocèle, à cause de l'accumulation sanguine qu'il provoque, n'est-il pas étranger au développement de ces collections hématiques intra-ovariennes connues sous le nom de kystes sanguins et qui sont peut-être de véritables apoplexies par excès de pression de la colonne sanguine. »

La même année, Puech, dans son mémoire : *De l'hématocèle péri-utérine et de ses sources* (Académie des sciences, 22 février 1858), décrit deux cas d'hématocèles dues à des altérations variqueuses des veines des ligaments larges.

En 1875, Budin, dans sa thèse d'agrégation sur les varices chez la femme enceinte, ne fait que signaler les varices pelviennes mais sans s'y arrêter.

Trois ans plus tard, M. le professeur Poncet, dans sa thèse d'agrégation (A. Poncet, *de l'Hématocèle péri-utérine*, Paris 1878) bien qu'admettant la possibilité de l'hématocèle par rupture d'un varicocèle ovarien, fait le premier des réserves sur cette cause et s'exprime ainsi : « L'état variqueux est loin d'être toujours indiqué et il est probable que dans beaucoup de cas, les parois veineuses n'avaient subi d'autres modifications qu'une distension plus ou moins considérable, due à la stase sanguine, à la gêne de la circulation en retour. Il ne suffit pas qu'une veine soit volumineuse, sinueuse, pour la qualifier de varice ; il faut que sa paroi vasculaire ait subi des altérations bien connues aujourd'hui, grâce aux recherches histologiques.

« Les veines des ligaments larges n'ont jamais été

alors, que nous sachions, examinées histologiquement et il serait utile de constater d'une façon positive le genre de lésion qu'elles ont subi. La tunique moyenne a-t-elle disparu par place ou complètement? Sommes-nous en présence de cette phlébite chronique qui constitue l'altération variqueuse et qui a pour siège surtout la couche musculo-élastique, ou bien n'y a-t-il pas eu antérieurement de la pelvi-péritonite, des phénomènes inflammatoires du côté des ligaments larges et momentanément une vascularisation exagérée, une périphlébite du voisinage, toutes causes prédisposant à la rupture? »

L'histoire du varicocèle féminin commençait à tomber dans l'oubli lorsqu'en 1888, un américain, Dudley, en ayant observé et traité par laparotomie quatre cas, fit à la troisième session de l'Association des membres de Woman's Hospital une communication qui fut reproduite dans le *Journal médical de New-York* sous le titre : « Du Varicocèle chez la femme ; son influence sur l'ovaire. » Pour cet auteur, cette lésion est fréquente, elle est le résultat de la plupart des causes de congestion prolongée, en particulier : arrêt de l'involution utérine, constipation habituelle et surtout surmenage utérin chez des femmes ayant eu plusieurs enfants à des intervalles rapprochés.

Il est persuadé qu'on peut, par un examen minutieux des ligaments larges effectué par voie rectale, éviter de le confondre avec une cellulite pelvienne ou une salpingite. Enfin se basant sur les résultats de l'examen microscopique des pièces qu'il fit pratiquer par le professeur Porter, il croit pouvoir affirmer que l'ovaire

est appelé à subir le même sort que le testicule dans le varicocèle chez l'homme, c'est-à-dire l'atrophie par dégénérescence scléro-kystique avec perte consécutive de la fonction. Aussi considérant qu'un traitement médical ne peut avoir d'effets durables n'hésite-t-il pas à préconiser la castration comme seul traitement rationnel du varicocèle tubo-ovarien.

L'année suivante, en 1889, le D^r Coë fait à son tour sur le même sujet, à la Société obstétricale de New-York, une communication (Coë, So called « Varicocele in the female », *American Journal of obstetrics*, mars 1889) tendant à réfuter les arguments de Dudley.

Il s'étonne tout d'abord de voir les idées de ce dernier partagées par la plupart des gynécologistes, car dit-il « au point de vue anatomique, le véritable varicocèle consistant en une dilatation permanente des vaisseaux avec épaissement considérable de leurs parois doit être considéré comme exceptionnel chez la femme. »

Il reconnaît que le varicocèle de l'homme peut parfois entraîner l'atrophie testiculaire mais il doute que l'atrophie de l'ovaire puisse être attribuée à une cause semblable. Cette dégénérescence lui paraît plutôt résulter, comme la dilatation veineuse elle-même, d'un obstacle à la circulation dépendant de la néoformation de brides péritonéales autour des annexes. Il termine en déclarant que l'opération radicale est beaucoup trop grave pour trouver son indication dans les cas de varicocèle.

Cette communication de Coë provoqua parmi les membres de l'Assemblée une longue discussion, mais les avis restèrent partagés.

En mai 1891, le Dr Paul Petit présente à la Société obstétricale et gynécologique de Paris, un cas de varicocèle de l'ovaire. L'observation, que nous reproduisons du reste un peu plus loin (page 25, obs. IV), était accompagnée d'un examen histologique détaillé. L'auteur paraît partager l'opinion de Dudley sur la fréquence de la lésion et il cite comme causes, « sans pouvoir malheureusement préciser davantage, l'arrêt d'involution post-puerpérale, les thromboses puerpérales, le déplacement utérin, l'arthritisme. »

Prenant part à la discussion qui suivit cette communication, M. Doléris dit que le varicocèle survient après la répétition de plusieurs grossesses chez des sujets prédisposés ; les tumeurs doivent agir de même. Il juge la description anatomique donnée par M. Petit très exacte, surtout « par la distinction histologique qu'elle établit entre les ovaires kystiques et les ovaires infiltrés consécutivement au varicocèle ».

Pour M. Budin, la lésion est fréquente, principalement chez les femmes ayant eu beaucoup d'enfants ; il est certain qu'on peut la sentir directement. Il cite alors un cas où, chez une femme qui allait subir une opération césarienne, il put indiquer la place de l'ovaire et affirmer qu'il était atteint de varicocèle, ce qui fut démontré exact par l'opération.

Répondant à quelques objections de MM. Pajot et Guéniot sur l'étiologie du varicocèle pelvien, M. Petit admet qu'on peut aussi tenir compte des poussées de phlébite péri-utérine qui dans l'espèce doivent certainement jouer un rôle important.

Quelques mois après cette communication, le même

auteur dans son mémoire « Des lésions de l'ovaire dans le varicocèle pelvien » (*Archives d'obst. et gynécologie*, numéro du 25 octobre 1891, p. 488) s'exprime ainsi : « Si je m'en rapporte aux patientes recherches que j'ai faites, les lésions de l'ovaire débutent comme dans toute phlébectasie par l'œdème pour aboutir à la sclérose. »

Signalons enfin comme dernier travail sur ce sujet la thèse de Roussan parue en 1892 (Roussan, *Observations pouvant servir à l'étude du varicocèle pelvien*, thèse, Paris, 1892) et dans laquelle cet auteur conclut également à la fréquence de l'affection. Il fait jouer à l'arthritisme un rôle prépondérant dans sa production et lui aussi indique comme traitement le plus rationnel, la castration.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite).

(due à l'obligeance de M. Leriche et recueillie dans le service
de M. le Professeur A. Poncet).

M. C., vingt-huit ans, n'a jamais été malade. Elle a eu trois enfants bien portants sans la moindre suite de couches pathologique.

L'an dernier, nouvelle grossesse immédiatement très douloureuse, accompagnée de tension pénible dans les reins et de pertes rouges très abondantes. Dès les premiers mois, elle se mit au repos presque absolu passant la plus grande partie de la journée au lit. A différentes reprises elle eut des coliques utérines suivies de pertes qui firent croire chaque fois à un avortement en train de se faire, mais au bout de quelques heures les douleurs s'arrêtaient, les pertes diminuaient de quantité et tout paraissait être rentré dans l'ordre.

Malgré de très grandes précautions imposées par ces divers accidents, la malade avorta à cinq mois ; le placenta et l'œuf ne présentaient aucune particularité.

Les suites de cet avortement furent simples, elle put reprendre rapidement sa vie habituelle mais elle conservait des douleurs lombaires assez violentes au lit quelquefois. De plus les règles durant quatre ou cinq jours étaient très pénibles.

Au mois de février 1908, nouvelle grossesse qui dès le

deuxième mois se manifeste par des symptômes identiques à ceux de l'année précédente. La malade entre à ce moment dans le service de M. Poncet. L'utérus de trois mois est en bonne position : le toucher vaginal et le palper abdominal ne révèlent rien de spécial et la malade est mise au repos.

Pendant tout le cours des troisième, quatrième et cinquième mois, la malade resta continuellement en surveillance dans le service avec des alertes continuelles. Chaque fois les choses se passaient de la façon suivante : début par des douleurs lombaires, coliques utérines, pertes sanglantes utérus dur et douloureux. Sous l'influence du laudanum, de la morphine et de cataplasmes chauds, on arrivait au bout de vingt-quatre heures à enrayer les accidents. Vers le milieu de mai, c'est-à-dire dans le courant du cinquième mois on commençait à espérer que la grossesse irait jusqu'au terme lorsque la malade fut prise de douleurs plus violentes, d'une hémorragie assez considérable qui s'accompagna de l'expulsion d'un fœtus bien constitué et de membranes absolument normales.

Bien qu'assez anémiée par une perte sanguine considérable, la malade eut des suites très simples et partit peu après en convalescence avec l'intention bien arrêtée de revenir au bout de deux mois se faire examiner. On pensait à ce moment à la possibilité d'un petit fibrome interstitiel ou sous-muqueux.

Le 10 septembre, la malade rentre dans le service de M. Poncet. Elle est examinée très soigneusement. C'est une femme robuste, bien constituée, *n'ayant pas de varices ni de varicosités* ; le ventre est souple et indolore. La malade se plaint cependant de douleurs extrêmement violentes dans les reins, survenant assez irrégulièrement, surtout le soir. Les dernières règles sont venues il y a dix jours, elles ont été douloureuses et abondantes.

Le toucher vaginal montre un col normal l'utérus en bonne position, un peu volumineux, nullement fixé, les

annexes non douloureuses. Malgré ces signes quasi négatifs la malade insistant pour qu'on la soulage, on lui propose une laparotomie qui est immédiatement acceptée.

14 septembre. — Laparotomie sous-ombilicale. Le ventre ouvert, on aperçoit à gauche, contre le méso-côlon pelvien, une masse grosse comme une mandarine, bleutée, qui fait penser immédiatement à un kyste à paroi mince. En la prenant avec les doigts pour l'examiner, on voit qu'elle est formée par un très gros paquet de veines dilatées qui remonte dans le péritoine en haut, qui en bas aboutit à la trompe et à l'ovaire. Bref il s'agit d'un varicocèle tubo-ovarien énorme et d'une netteté aussi parfaite qu'on pouvait le souhaiter. Du côté droit, les veines sont également très dilatées et flexueuses, mais beaucoup moins volumineuses. L'utérus, augmenté de volume, est très mou et se déchire très facilement. Pour l'attirer au dehors, on met une pince qui fait une déchirure sur le fond. On pratique l'hystérectomie subtotale avec castration bilatérale en liant isolément des veines artérialisées du pédicule utérin et du pédicule tubo-ovarien. Du côté gauche, à la section, une des veines écrasée par la ligature reste béante à la coupe et offre le calibre du petit doigt.

Le ventre est refermé à trois plans.

La pièce montre un utérus très mou. A la coupe, les veines interstitielles extrêmement nombreuses, béantes, et une muqueuse de 7 à 8 millimètres d'épaisseur, rouge, nullement fongueuse. Les trompes sont normales, les ovaires présentent en outre d'un corps jaune récent de nombreux petits kystes. Les veines artérialisées du pédicule ont leurs parois très épaissies, elles restent béantes à la coupe et ont le calibre d'une humérale ou d'une fémorale.

Examen histologique (dû à l'obligeance de M. Alamar-tine, interne du service). — Sur les coupes pratiquées au niveau du ligament utéro-ovarien et perpendiculairement à lui, on voit la trompe entourée d'un gros paquet de veines

dilatées. Sur les coupes macroscopiques, ces veines ne s'affaissent pas et restent dilatées.

La trompe est le siège de lésions inflammatoires diffuses, prédominantes dans la sous-muqueuse et aboutissant par place à la formation de petits abcès miliaires; on voit d'assez nombreux polynucléaires.

Quant aux veines, leurs parois sont dans l'ensemble assez épaisses, elles sont constituées par du tissu conjonctif à tendance fibreuse. Nulle part on ne voit de fibres musculaires; l'endothélium a disparu et ça et là adhérent aux parois des veines, se voient des caillots fibrineux en voie d'organisation. On reconnaît également, par endroits, des traces d'inflammation sous forme d'amas leucocytaires, mais n'aboutissant nulle part à la formation d'abcès miliaires.

Suites opératoires. — Apyrétiques. Au bout de quinze jours, au moment où la malade est autorisée à se lever pour la première fois, elle accuse des douleurs pelviennes et, le soir, sa température monte à 38°². Au toucher, on trouve une masse grosse comme un œuf à droite du col, dure et douloureuse.

Au vingtième jour, la température persistant, on fait une incision du cul-de-sac postérieur qui mène sur une masse inflammatoire ayant une goutte de pus à son centre et qu'on draine. La température tombe et, quinze jours après, la malade pouvait partir chez elle complètement guérie.

OBSERVATION II (résumée)

(H. Violet, *Gazette des hôpitaux*, 18 avril 1907.)

Malade de vingt-trois ans. Mariée depuis quatre ans et demi; a eu une fausse couche il y a trois ans, un enfant il y a deux ans.

Premier séjour à la clinique gynécologique de la Charité pour rétroversion qui fut corrigée à l'hystéromètre et maintenue par un pessaire après huit jours de columnisation.

Trois mois après, la malade revient, elle n'a obtenu aucune amélioration. Elle souffre toujours des reins, du creux de l'estomac et du bas-ventre; elle ne peut travailler. Elle souffre, autant la nuit que le jour, autant couchée que debout. Envies de vomir très fréquentes, état nauséeux constant l'empêchant de manger. Pas de constipation; selles régulières, quotidiennes, sans glaires ni fausses membranes. La malade pèse actuellement 40 kilogrammes, elle a maigri de 12 kilogrammes en huit mois.

A l'examen, femme fluette, à ventre plat, facilement dépressible. Aucune tumeur, aucun empâtement de l'abdomen. La douleur à la pression est surtout vive à la région épigastrique, sur la largeur d'une paume de main à partir de l'ombilic. Il s'agit d'une douleur profonde et ce n'est point le pincement de la peau qui est douloureux. Pas de douleurs à l'hypogastre.

Examen gynécologique : Vulve étroite. Col légèrement déchiré sur son côté droit et dirigé en avant; utérus en rétroversion par dessus le pessaire en berceau qui, déplacé, avait sa concavité dans le Douglas au lieu de sa convexité.

L'exploration du reste de l'abdomen étant négative, on attribua les symptômes accusés par la malade à la rétroversion non réduite.

Nouvelle réduction qui fut parfaitement maintenue par un pessaire de Smith mais sans amélioration. La malade mise en observation a toujours des vomissements aqueux et accuse les mêmes douleurs.

Un interrogatoire plus précis ne révèle aucun signe d'ulcus gastrique, rien du côté du foie ou de la vésicule. Les suites de la fausse couche signalée avaient bien été pathologiques mais rien de bien grave n'en était résulté au point de vue fonctionnel puisqu'elle était redevenue enceinte un an après. Les règles étaient restées douloureuses, un peu abondantes, durant six à sept jours.

Devant ces phénomènes que rien d'objectif ne permettait

d'expliquer, on pensa à de la névropathie. Les réflexes examinés avec soin étaient intacts; aucune zone d'anesthésie cutanée.

Opération. — On fait une laparotomie sous-ombilicale qui montre sur le tiers supérieur de la ligne d'incision, tout autour de l'ombilic sur la largeur d'une paume de main, des adhérences épiploïques fines et grêles. On les libère par dissociation ou section entre deux ligatures et on peut explorer la portion supérieure de l'abdomen qui ne révèle rien d'anormal.

L'incision du péritoine agrandie vers le bas montre l'S iliaque rouge, distendue par des gaz. On aperçoit à la base de l'éventail constitué par le méso-sigmoïde des brides qui augmentaient la convexité de l'arc décrit par cette portion d'intestin. Ces brides qui n'occupaient que la face inférieure juxta-ovarienne du méso-iliaque furent sectionnées sur une certaine étendue.

L'examen des organes pelviens permit de constater que l'utérus était sans adhérences, les annexes étaient saines; il existait, surtout du côté gauche, une dilatation considérable des veines utéro-ovariennes et dans l'aileron supérieur du ligament large un véritable varicocèle tubo-ovarien dont toutes les veines constituantes furent réséquées après ligature particulière de chacune d'elles.

On termina par une fixation de l'utérus rétrofléchi à l'aide d'un fil de soie passé à l'origine utérine des ligaments ronds, suivant la technique de Carl Beck-Olshausen.

Suites opératoires. — Simples. Opérée le 23 août, la malade se levait le treizième jour et partait le 12 septembre. Dès le lendemain de l'opération elle avalait des liquides sans douleur. L'appétit ne tarda pas à reparaitre, si bien que le 15 octobre elle avait déjà repris 3 kilogrammes et elle pouvait faire son ouvrage sans peine.

Rentrée chez elle, elle raconta à son médecin qu'avant sa maladie elle avait fait une chute dans les rochers et que peu de temps après elle s'était mise au lit par suite de dou-

leurs abdominales. Cette histoire explique bien la formation de ces adhérences épiploïques de la paroi.

OBSERVATION III

Publiée par M. Herbert (*Bulletin et Mémoire de la Société anatomique de Paris*, 1896, p. 912.)

Femme P..., trente-quatre ans, entrée le 3 décembre 1896, à l'hôpital Tenon, dans le service du Dr G. Marchant.

Lundi 1^{er} décembre. — Dans la soirée, cette femme fut prise assez brusquement de douleurs dans le ventre, qui, siégeant d'abord du côté gauche, ne tardèrent pas à se généraliser à tout l'abdomen. Depuis ce moment, arrêt complet des gaz et des matières. Elle entre à l'hôpital le jeudi dans la soirée. Syndrome complet de l'obstruction intestinale : ventre ballonné, vomissements fécaloïdes, pouls petit, rapide, température 37 degrés. Etat général assez bon. La malade dit avoir déjà été soignée à l'hôpital Tenon quatre ans auparavant pour une péritonite qui semble avoir été causée par une poussée de salpingite gauche.

Cette femme a eu deux enfants.

On ne trouve rien au niveau des orifices herniaires ordinaires ; le toucher vaginal est difficile ; l'utérus est un peu abaissé.

4 décembre. — Laparotomie sous-ombilicale. Le ventre ouvert, on ne trouve rien à droite ; l'appendice est sain.

A gauche, on aperçoit des brides fibreuses partant de la région des annexes et étranglant une anse d'intestin grêle. Ces brides sectionnées, l'intestin reprend à peu près son calibre normal.

On examine alors les annexes du côté gauche et on voit qu'elles sont recouvertes d'un plexus variqueux très développé qui semble se continuer avec l'épiploon adhérent au fond de l'utérus. La circulation est considérablement augmentée dans cet épiploon ; les veines y sont volumineuses, quelques-unes ont le volume d'une plume d'oie.

On résèque une partie de l'épiploon et on extirpe les annexes gauches.

Celles du côté droit paraissent en bon état. Drainage à la Mickulicz.

La trompe et l'ovaire enlevés paraissent sains. Au-dessous de la partie interne de la trompe, se trouve une poche qui ressemble à un sac anévrisimal, à en juger par la consistance de ses parois. Un gros vaisseau du calibre d'une plume d'oie restant béant à la coupe, vient s'y jeter à sa partie externe.

Au moment de l'extirpation des annexes, le fil du pédicule a été placé sur cette poche qui s'est trouvée sectionnée par le milieu. De cette poche partent de nombreux petits vaisseaux qui vont vers l'ovaire; du gros trou béant part un autre petit vaisseau qui suit le bord inférieur de la trompe, ayant le trajet de l'artère tubulaire interne.

Dans la journée, malade faible, pâle, pouls petit, irrégulier, malgré l'injection sous-cutanée de 500 centimètres cubes de sérum. On vérifie qu'il n'y a pas d'hémorragie et on injecte à nouveau 1.000 centimètres cubes de sérum qui amènent le relèvement du pouls.

Le 5, la malade rend des gaz et des matières, elle ne vomit plus, mais le pouls reste petit, rapide, irrégulier, et elle meurt brusquement vers 10 heures du soir.

AUTOPSIE. — Pas de péritonite; on voit, à 5 centimètres du cœcum, un léger rétrécissement annulaire de l'iléon. C'est là que devait siéger l'étranglement qui, d'ailleurs, a été bien levé, car les gaz et les matières cheminent facilement à ce niveau.

Poumons fortement congestionnés dans leurs deux tiers inférieurs. Les autres organes sont sains.

La dissection de l'utérus et des annexes montre que la poche sectionnée n'est pas un anévrisme, mais un carrefour où aboutissent des veines extrêmement dilatées venues de l'utérus et de l'ovaire. Du côté de l'ovaire gauche, les nombreux paquets veineux situés dans l'aileron de la trompe se

résumément en deux troncs qui ont presque le volume d'une humérale.

Le long du corps de l'utérus, les veines sont énormes, elles s'intriquent les unes dans les autres, formant un plexus très difficile à disséquer, à cause du tissu cellulaire résistant qui les fait adhérer entre elles.

En bas, ces veines s'unissent aux veines du col pour former deux gros troncs qui suivent l'artère utérine.

En haut, elles se jettent dans cette espèce de poche dont nous avons parlé et qui a le volume d'une assez grosse noix.

L'examen histologique de la paroi de cette poche a montré qu'elle avait bien la structure d'une veine. Les vaisseaux veineux dans le voisinage du fond de l'utérus portent des traces d'inflammation ancienne.

Du côté droit, les veines sont aussi très développées, moins cependant qu'à gauche. Elles ne forment pas de rendez-vous veineux près de la corne utérine. La trompe et l'ovaire sont sains.

OBSERVATION IV

(Publiée par M. Paul Petit, *Compte rendu de la Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, mai 1891; *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 25 octobre 1891.)

La nommée C... E., âgée de trente deux ans, entre le 26 août 1890 à l'hôpital Pascal, dans le service de M. Pozzi. Antécédents héréditaires nuls. Réglée depuis l'âge de quatorze ans facilement, sans douleur et avec une abondance normale, jusqu'au mariage qui eut lieu à dix-huit ans.

Cinq grossesses à terme, assez rapprochées; accouchements normaux, suites immédiates excellentes. A la suite de la dernière, qui date de quatre ans, les menstrues ont d'abord perdu de leur régularité, tantôt avançant, tantôt retardant; puis il y a quatre mois environ, sont survenues des métrorrhagies presque continues. C'est à peine si la

malade demeure quelques jours sans perdre et ses forces ont été rapidement en déclinant.

Le 29 août, M. Pozzi examine la malade et trouve un col gros, entr'ouvert, sclérosé, sans déchirure. Corps utérin en antéverson, débordant de trois à quatre travers de doigt le pubis et manifestement élargi. Cathétérisme, 10 centimètres. Les culs-de-sac paraissent absolument libres.

L'augmentation de la cavité utérine, les métrorrhagies font porter le diagnostic d'utérus fibromateux et, jugeant que le dépérissement rapide de la malade nécessite une intervention prompte et radicale, M. Pozzi pratique, le 13 septembre, la laparotomie. Il arrive sans difficulté sur l'utérus qu'il trouve uniformément augmenté de volume, sans apparence de fibrome énucléé ou interstitiel. Explorant de chaque côté les annexes, il constate un développement considérable des plexus veineux et enlève avec les trompes correspondantes les deux ovaires qui étaient volumineux et semblaient gonflés de micro-kystes. Nous avons immédiatement examiné ces pièces.

Examen macroscopique. — Les deux trompes enveloppées de veines turgides paraissent simplement congestionnées et par suite un peu épaissies. Les deux ovaires, d'aspect blanchâtre et comme lavé, rénitents sous le doigt, sont un peu plus gros que des œufs de poule dont ils affectent à peu près la forme. Ils laissent écouler sous le couteau une grande quantité de sérosité et se montrent criblés sur toute la surface de section, du hile vers la couche corticale, d'une foule de petites élevures sphériques, opaques, ayant tout l'air de phlyctènes, faisant hernie à la surface de section, ayant le volume de petits pois.

Les élevures, remplies d'un liquide séreux, se vident incomplètement par la ponction et, quand on les sectionne, s'affaissent sans laisser de cavités distinctes, à surface lisse, comme celle des kystes folliculaires.

Examen histologique. — Veines du hile plus flexueuses qu'à l'état normal, demeurant largement dilatées, quoique

vides, ou gorgées de sang. Elles sont plongées au milieu d'un tissu conjonctif fibreux, parcouru par de nombreux faisceaux musculaires lisses; la substance intercellulaire est d'aspect amorphe, vitreux. Couche ovigène assez riche en ovules, présentant quelques kystes folliculaires. Dans la région intermédiaire à la couche ovigène et au hile existe un œdème très inégalement réparti; toujours accentué autour des vaisseaux qui semblent généralement dilatés, il présente tous les degrés depuis une légère dissociation du tissu jusqu'à la formation de zones aréolaires à larges mailles où l'on voit des cellules migratrices en grand nombre, des corps granuleux. Il nous paraît évident, étant donné l'absence de véritables kystes en cette même région, que ce sont ces zones aréolaires, gonflées de liquide, qui en donnaient l'apparence.

OBSERVATION V (résumée.)

(Publiée par M. Georges Roussan, thèse Paris, 1892).

Mme A..., sans profession. Mariée, vingt-neuf ans, née à Buenos-Ayres. Père bien portant, mère variqueuse, morte d'une maladie du cœur.

A huit ans, choléra; à douze ans, fièvre jaune; à dix-huit ans fièvre typhoïde grave. Réglée, onze ans et demi. Règles régulières mais douloureuses et abondantes. Leucorrhée vaginale légère. Mariée vingt et un ans, un enfant à vingt-deux ans. Vers le quatrième mois de la grossesse, varices des membres inférieurs avec œdème atteignant les grandes lèvres. Crises hémorroïdaires.

En même temps, douleurs vives, lancinantes et passagères ou continues et sourdes, dans la région des annexes, surtout à gauche. On les prit pour de la névralgie.

Accouchement à terme, forceps au détroit inférieur. Huit jours après, *phlegmatia alba dolens* double. Lorsque la malade se leva, quatre mois après, elle remarqua que chaque fois ses jambes enflaient, les veines étaient très saillantes et

elle s'aperçut pour la première fois d'un bourrelet hémorrhéïdaire.

De vingt-deux à vingt-sept ans, la malade eut deux enfants et trois fausses couches (de un à trois mois) et chaque fois les douleurs ovaralgiques reparurent et les membres inférieurs s'œdématisèrent, accidents surtout prononcés pendant les grossesses.

Depuis la première fausse couche, il y a deux ans, la malade éprouvait chaque fois au moment des règles, une recrudescence des douleurs qui avaient leur maximum dans la région de l'aîne, s'irradiant du côté du rein et des cuisses de la région correspondante.

Les douleurs étaient tellement vives qu'elles allaient jusqu'à provoquer la syncope. La malade affirme de la façon la plus nette qu'elles étaient beaucoup plus marquées dans la station debout et que la position horizontale diminuait sensiblement leur acuité. En même temps, la malade éprouvait une sensation de pesanteur et de plénitude dans tout le petit bassin, accompagnée de migraines violentes empêchant le sommeil; l'apparition des règles amenait un grand soulagement; elles étaient abondantes et duraient une dizaine de jours. Dans l'intervalle des époques menstruelles, phénomènes nerveux très pénibles. Insomnie persistante, dépression morale, tristesse, céphalées, palpitations, anorexie, digestions très pénibles.

Vers le milieu de 1890, on lui extirpa à Buenos-Ayres, trois polypes, dont le plus gros atteignait le volume d'une mandarine, mais la malade n'en éprouva aucun soulagement.

C'est alors qu'elle vint à Paris consulter M. Pozzi qui diagnostiqua une dégénérescence scléro-kystique des ovaires.

La castration fut pratiquée le 31 mai 1891.

En essayant d'enlever les annexes du côté droit, M. Pozzi constata dans le ligament large des varices énormes et en attirant le pédicule au dehors, une large déchirure se pro-

duisit qui amena un flot de sang. Suture du ligament large avec un surjet de catgut.

Ablation des annexes; l'ovaire a le volume d'une grosse noix, les veines au niveau du hile sont très distendues.

Ablation des annexes du côté opposé; constatation de varices énormes sillonnant le ligament large. Ovaire également augmenté de volume et œdémateux

Examen histologique. — A la coupe, les deux ovaires ne présentent vers leur surface, qu'un petit nombre de cavités folliculaires. Au niveau du hile qui atteint les dimensions d'une grosse amande, les veines en voie de sclérose, fondues même en certains points, avec le tissu conjonctif ambiant, sont flexueuses, dilatées, gorgées de sang. Le stroma est œdédié. les capillaires sont entourés d'un manchon compact de cellules embryonnaires.

Dans le bulbe et surtout aux limites de la couche ovigène, on constate en même temps qu'une ectasie considérable des vaisseaux, un œdème qui, suivant qu'il est plus ou moins prononcé, a donné lieu à des aspects divers : dans un premier degré les cellules du stroma et des parois vasculaires sont écartées les unes des autres par l'infiltration séreuse. Un bon nombre de ces cellules sont gonflées granuleuses.

Les cellules migratrices sont plus nombreuses qu'à l'ordinaire. Les espaces intercellulaires sont comblés par une substance transparente semée de granulations et parcourue par des tractus déliés qui sont les fibrilles de la substance fondamentale dissociées par l'infiltration. Telle est la première phase de la lésion.

A un degré plus accentué, les espaces intercellulaires s'élargissent. Les cellules gonflées, surtout au niveau de leurs noyaux, déformées, granuleuses, se colorent faiblement par le carmin. Ça et là des globes granulo-grasieus, des granulations libres, cellules migratrices en grand nombre.

Enfin, en de certains points où l'apport des liquides est

encore plus actif, il se produit des lacunes plus ou moins larges. généralement de forme ovalaire, et qui se détachent sur les coupes, à un faible grossissement, à la façon de cavités kystiques. La paroi de ces pseudo-kystes est formée de tissu cellulaire d'autant plus dissocié qu'on se rapproche davantage de leur cavité. A cette limite il se fait un travail de fonte progressive qui, peu à peu, élargit l'espace rempli de liquide. Pour peu que l'infiltration se suspende dans le tissu périphérique, la fonte cellulaire continuant, on comprend qu'à un moment donné le pseudo-kyste arrête ses limites à une bordure de tissu à peu près saine et qu'il se présente comme taillé à l'emporte-pièce dans le stroma ovarien, sans paroi distincte. C'est ce que nous avons observé en plusieurs points.

Il est à remarquer que la couche ovigène n'est que peu ou pas infiltrée, ce qui se pouvait concevoir, *a priori*, vu le nombre et le calibre moindre de vaisseaux en cette région de l'ovaire, la densité plus grande qu'y présente le tissu cellulaire feutré sous forme de tourbillons. La nutrition n'y a pas moins été profondément troublée, car les ovisacs à l'état de repos ont presque entièrement disparu et nous n'avons trouvé qu'un petit nombre de follicules à différents stades de développement. Pas de corps jaunes récents. Ceux que nous avons rencontrés étaient à la phase de transformation hyaline, morcelés par l'œdème et transformés en kystes.

Suites opératoires. — Excellentes. Les règles reparues le 1^{er} juin ne durèrent que quatre jours. Il n'y a plus aucun phénomène douloureux, ni d'accidents congestifs. La malade a recouvré le sommeil, elle mange de bon appétit. Guérison complète.

OBSERVATION VI

(Thèse Roussan, Paris 1892.)

Mme de V..., trente-neuf ans, mariée. Père bien por-

tant, mère rhumatisante. Réglée à onze ans et demi. Etant jeune fille, règles irrégulières, douloureuses ; pertes blanches.

Phénomènes hystériques (boule hystérique, crises, etc.), à vingt-cinq ans première grossesse sans accidents consécutifs. De vingt-cinq à trente-huit ans, six grossesses et trois fausses couches. A chaque grossesse, œdème des membres inférieurs et des grandes lèvres, veines saillantes, hémorroïdes. Dans l'intervalle des grossesses, règles douloureuses et très abondantes. Les douleurs caractérisées par une sensation de plénitude dans tout le petit bassin, apparaissaient quelques jours avant les règles ; l'écoulement sanguin amenait un soulagement appréciable.

Le 14 janvier 1891, sixième accouchement. Pendant le travail, la malade ressentit des douleurs très vives dans le ventre, du côté gauche, douleurs qui s'irradiaient dans tout le membre correspondant. Cinq jours après, douleurs très vives le long du sciatique gauche pour lesquelles son médecin l'électrisa au moyens de courants faradiques, ce qui amena des contractures générales, la malade était en opisthotonos avec cyanose légère de la face. La crise passée, le membre gauche resta contracturé. Trois mois après, retour de couches. Examen au spéculum, par son médecin qui constate un écoulement muco-purulent. Dilatation à l'aide d'une tige de laminaire et cautérisation au chlorure de zinc au 1/10 ; l'écoulement cesse pour reparaitre dix jours après. En même temps la malade éprouvait de nouveaux accidents nerveux : sensation de boule, contractures généralisées, douleurs dans les deux régions ovariennes, surtout à gauche, plaques d'anesthésie. Tous phénomènes qui cessaient par la compression des globes oculaires.

Elle est adressée à M. Pozzi qui diagnostique de l'ovarite et pratique la castration le 5 juin.

Au moment de l'opération, la malade avait une contraction très nette des muscles rotateurs de la cuisse, contraction qui disparut sous le chloroforme.

Au cours de l'opération, M. Pozzi constata des deux côtés, dans le ligament large, des varices très prononcées. Castration. Ovaire droit augmenté de volume; ovaire gauche petit, ratatiné, scléro-kystique.

Comme la malade avait l'utérus rétroversé, M. Pozzi le releva et le fixa à la paroi abdominale. Périnéorrhaphie.

Examen macroscopique. — L'ovaire droit, augmenté de volume, est marbré de plaques blanchâtres et de saillies transparentes; grand développement des veines du hile qui sont très dilatées, flexueuses, épaissies.

A la coupe, le tissu de la glande, quoique infiltré de sérosité, a une consistance assez ferme; sa couleur est d'un blanc pâle.

L'ovaire gauche est, au contraire, petit, ratatiné, de consistance scléreuse; veines du hile flexueuses, augmentées de volume. Nulle trace d'adhérences péritonéales autour de lui.

Examen microscopique. — A. Ovaire droit : au voisinage du hile, petit foyer hémorragique de forme étoilée, d'où le sang s'est infiltré dans l'épaisseur du stroma, sous forme de minces traînées. Les veines du bulbe sont dilatées, épaissies, entourées d'anneaux scléreux. Le stroma qui, dans son ensemble, est de densité à peu près normale ou légèrement dissocié, présente par places, en des points où l'infiltration séreuse devait être plus active, des zones de tissu aréolaire parfois creusées à leur centre de lacunes plus larges, pseudo-kystiques, de forme ovale. Dans ces zones franchement œdématisées, les cellules conjonctives sont simplement gonflées et déformées, ou dégénérées sous une forme granuleuse ou vésiculeuse. Dans la couche ovigène, mêmes lésions interstitielles, mais moins prononcées. Les ovules sont rares.

B. — Ovaire gauche : Les veines du bulbe sont également dilatées, entourées de manchons de tissu fibreux; stroma œdémateux par places et en voie de sclérose. La

couche ovigène, à peu près dépourvue d'ovules, renferme trois kystes folliculaires de moyen volume.

Suites opératoires. — La malade qui avait été envoyée à Dax pour achever sa guérison, est revue un an après; elle présentait de nouveaux accidents hystériques, caractérisés surtout par des contractures.

OBSERVATION VII

(Thèse Roussan, Paris 1892.)

La nommée R..., ménagère, âgée de trente-huit ans, entre à l'hôpital Pascal le 7 septembre 1891.

Premières règles à quinze ans, régulières, peu de pertes blanches. Mariée à vingt ans. Trois fausses couches. Dernier enfant il y a cinq ans; à la suite, douleurs dans le ventre, surtout du côté droit. En 1890, fausse couche de trois mois. Hémorragies pendant une dizaine de jours, douleurs dans tout le ventre, fièvre légère, la malade dut s'aliter pendant trois semaines environ.

Actuellement, règles abondantes, depuis deux mois surtout, durent dix jours en moyenne; pertes blanches; douleurs dans le ventre à droite et maux de reins; constipation et envies fréquentes d'uriner.

A l'examen, utérus gros, en rétroversion mobile, col gros et mou, ulcéré; l'orifice est entr'ouvert. Trompe droite légèrement augmentée de volume. Hystérométrie 7 cm. 5.

1^{er} décembre. — Curettage, Schroeder-Alexander. La malade est améliorée sensiblement. Le 20 décembre, elle se plaint de douleurs lancinantes très vives dans la région ovarienne droite. On l'examine et on trouve tout le cul-de-sac droit empâté et douloureux. Empâtement diffus, mal limité et assez haut placé dans le ligament large. Le doigt avait la sensation d'un phlegmon péri-salpingien.

Comme la malade souffrait énormément malgré l'absence de fièvre, on se décida à pratiquer la laparotomie, qui fut faite le 8 janvier.

Les annexes paraissent saines. Varices tubo-ovariennes très marquées. Petit kyste sous-tubaire de la grosseur d'une lentille qui est enlevé.

Suites opératoires. — La malade n'a plus souffert et sort vingt et un jours après très bien portante.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

Devalz, qui a le premier indiqué la symptomatologie de l'affection, signale comme troubles subjectifs, une constante sensation de pesanteur dans le petit bassin. Elle ferait place au moment des règles à de vives douleurs surtout marquées à gauche, avec irradiations du côté des lombes et des aines. Comme signes physiques, il note dans la région des annexes, l'existence d'une tumeur molle, pâteuse, dont les caractères se rapprocheraient de ceux du varicocèle chez l'homme.

Pour Dudley, le meilleur signe du varicocèle tubo-ovarien consiste dans une douleur vive, lancinante, parfois particulièrement intense au niveau des reins. Atténuée par le décubitus, elle reparaît dès que la malade se lève. Enfin, elle s'accompagne toujours d'une asthénie profonde avec forte dépression morale.

L'examen des organes devra, suivant les conseils de l'auteur être effectué d'abord par voie vaginale, la malade étant debout, puis par voie rectale. De cette façon, on pourra très exactement se rendre compte de l'état des vaisseaux et éviter la confusion possible avec une cellulite ou une salpingite.

Coé qui a systématiquement examiné suivant ce

mode et même sous anesthésie un grand nombre de malades n'est pas de cet avis : « J'ai pourtant, dit-il, maintes fois isolé sur le doigt l'aileron de la trompe, la trompe, le ligament de l'ovaire, le ligament rond et les artères ovariennes. Souvent, sur le vivant et sur le cadavre, j'ai saisi entre le pouce et l'index des veines du ligament large, alors qu'elles étaient énormément dilatées et elles m'ont toujours donné la sensation d'une masse mal définie plutôt que celle d'un faisceau de cordes. Quant aux symptômes donnés comme caractéristiques par Dudley, ils sont, en vérité, communs à tous les désordres du petit bassin. Les veines du ligament large étant beaucoup moins sujettes à l'action de la pesanteur que celles du cordon, j'ai peine à comprendre la variation des symptômes du fait de la position. »

Roussan dans sa thèse déjà mentionnée, croit qu'il est impossible de diagnostiquer d'une façon précise, le varicocèle féminin. Il ajoute qu'on doit néanmoins y penser souvent « surtout quand on se trouve en présence de malades variqueuses présentant au moment des règles des phénomènes congestifs exagérés, suivis d'hémorragies abondantes ».

Après cet exposé de la symptomatologie décrite par les auteurs qui se sont occupés de la question, si nous passons en revue les signes le plus fréquemment observés chez nos malades, nous pouvons les réduire à trois principaux :

En premier lieu, douleurs vives, lancinantes, rayonnant vers la région des reins. Chez certaines, elles augmentent dans la station debout, diminuent par le

repos au lit; généralement toutes les causes de congestion du petit bassin les augmentent. A propos de ces douleurs, nous ferons remarquer leur prédominance du côté gauche parce que le varicocèle y est plus fréquent par suite du passage de la veine utéro-ovarienne sous l'S iliaque et de son aboutissement à angle droit dans la veine rénale.

2° Les règles qui provoquent l'apparition ou une recrudescence de ces douleurs, sont irrégulières, en général beaucoup plus abondantes et prolongées. Il y a même parfois de véritables métrorragies.

3° Enfin l'avortement est fréquent alors qu'on ne retrouve aucune de ses causes ordinaires, en particulier syphilis ou traumatisme. Cet accident qui se répète chez plusieurs avec une persistance remarquable paraît être sous la dépendance des métrorragies.

Parmi les signes physiques, nous ne pensons pas que la sensation d'une tumeur molle et pâteuse dans la région annexielle soit d'un grand secours comme l'ont affirmé Budin et Dudley. Nous la croyons plutôt exceptionnelle et de fait sur nos 7 observations elle ne fut perçue qu'une seule fois (obs. VII).

A noter enfin la coexistence de varices ou d'hémorroïdes et l'absence de température.

En définitive, malgré notre grand désir d'aboutir à un tableau clinique particulier et spécial, nous sommes obligé de reconnaître que rien de tout ce que nous venons d'énumérer n'est bien caractéristique et que le diagnostic du varicocèle tubo-ovarien est pratiquement impossible. Peut-être des avortements répétés par métrorragie abondante et douloureuse, sans syphilis,

sans fibrome pourraient-ils y faire songer. En tout cas on ne saurait affirmer pareil diagnostic.

Il restera donc une trouvaille opératoire dans les cas de laparotomie qu'auront nécessité soit des avortements répétés en dehors de tout traumatisme ou de syphilis, soit la persistance de douleurs dont on n'aura pu expliquer l'origine, soit enfin des métrorragies rebelles aux traitements ordinaires.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Devalz admet comme cause nécessaire et suffisante, l'hérédité. « Non pas, dit-il, que je nie l'influence des causes mécaniques, mais parce que je les crois capables seulement d'exagérer la dilatation variqueuse. On naît variqueux comme on naît scrofuleux. » Et il cite des cas de varicocèle chez des nullipares et même chez une jeune fille.

Dudley fait remarquer que « les veines du ligament
« large, même chez la vierge, ne sont soutenues que
« d'une façon très précaire, qu'elles s'hypertrophient
« pendant la grossesse, augmentent de volume, de
« longueur, deviennent beaucoup plus sinueuses et
« subissent fatalement l'influence de l'involution uté-
« rine après l'accouchement. Il faut encore prendre
« en considération la constipation habituelle, les
« déplacements utérins amenant une torsion des liga-
« ments infundibulo-pelviens, l'absence de valvules
« veineuses, etc., enfin, la faiblesse des parois vascu-
« laires..., toutes causes capables de déterminer un
« état congestif habituel du côté des organes du petit
« bassin. Il est donc bien probable que l'affection est
« beaucoup plus fréquente qu'on ne le suppose ; Win-

« quel l'a d'ailleurs rencontrée dix fois sur trois cents
« autopsies. En interrogeant les patientes, on peut se
« convaincre que dans la majorité des cas, tous les
« symptômes sont apparus après des couches difficiles,
« suivies de phénomènes inflammatoires qui ont plus
« ou moins enrayé l'évolution de l'utérus. »

Le même auteur établit un rapprochement entre le varicocèle de l'homme et celui de la femme, et il admet encore comme cause prédisposante le passage de la veine utéro-ovarienne gauche sous l'S iliaque et son aboutissement à angle droit dans la veine rénale ; ce qui explique la prédominance de l'affection à gauche.

Coë ne partage pas cet avis : « Le varicocèle chez
« l'homme, borné à la dilatation variqueuse du plexus
« pampiniforme et des veines du cordon, ne peut être
« comparé à la dilatation variqueuse du plexus ova-
« rien chez la femme, qui s'accompagne de la dilata-
« tion des veines, non seulement du ligament large,
« mais encore de l'utérus et du vagin. Les veines du
« ligament large courent perpendiculairement à l'axe
« du corps et sont moins sujettes à l'action de la pesan-
« teur. Elles sont physiologiquement soumises à des
« engorgements fréquents, périodiques et irrégu-
« liers. »

« Rappelons, d'autre part, que la matrice est un
« organe non seulement contractile, mais érectile. La
« cause immédiate de l'érection est la contraction des
« fibres musculaires de l'utérus. Cette contraction
« existe à l'état physiologique, ainsi que l'ont démon-
« tré graphiquement les expériences de Henricius
« Helsingfors. Finska. *Läkarsauskapets-Handlin-*

« *gar*, n° 4, 1889.) L'auteur a obtenu le tracé graphi-
« que et démontré de la façon la plus nette que l'utérus
« est continuellement animé de mouvements alterna-
« tifs de contractions et de relâchements, les uns
« coïncidant avec les battements du cœur, les autres
« avec les mouvements respiratoires, d'autres enfin
« sont spontanés. Or, lorsque l'utérus entre en
« érectilité, la contraction musculaire a pour consé-
« quence le ralentissement et l'obstruction du courant
« veineux, alors que le courant artériel peut se faire
« facilement, grâce à l'épaisseur et à la résistance des
« parois artérielles. Il y aura donc, par action méca-
« nique, congestion passive.

« La ponte ovulaire, les émotions morales, le coût
« favorisent l'éréthisme de l'utérus. »

D'autres auteurs ont incriminé tour à tour les mala-
dies du cœur, du foie, des poumons, le port du corset,
l'habitude de porter des fardeaux sur le ventre, etc.

Certes, nous ne nions pas leur influence, mais nous
ferons remarquer qu'elles existent chez un grand
nombre de femmes, et pourtant le varicocèle est rare.

Il faut donc bien admettre à la base de cette étiologie
et comme condition indispensable une prédisposition
constitutionnelle, probablement liée à l'arthritisme.
Elle consisterait en une altération des veines (c'est ce
que Périer appelait la mauvaise qualité de l'étoffe
veineuse, qui les met dans l'impossibilité de résister
longtemps à la gêne circulatoire résultant des diverses
causes énumérées plus haut, et au premier rang
desquelles nous plaçons le surmenage utérin.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Nous avons vu la rareté du varicocèle tubo-ovarien et l'impossibilité presque absolue de son diagnostic clinique. Il n'y aura donc pas de traitement médical à proprement parler.

Néanmoins, comme cette lésion aboutit fatalement à l'atrophie de l'ovaire, il sera bon d'instituer chez les prédisposées présentant certains troubles utéro-ovariens inexpliqués, une thérapeutique tendant à diminuer la circulation pelvienne.

En premier lieu, nous indiquerons les injections vaginales, ou mieux encore les grandes irrigations rectales répétées au moins deux fois par jour. On emploiera l'eau ordinaire bouillie, à la température de 45 à 50 degrés.

Les premières seront prises couchées, à l'aide de la douche d'Esmarck avec canule en verre. Quant aux irrigations rectales, elles seront pratiquées de la façon suivante à l'aide du même appareil dont on gradue la pression à volonté suivant la hauteur à laquelle on l'élève. En général on ne doit pas dépasser 60 centimètres pour éviter des douleurs, assez fortes lorsque l'intestin est irritable.

La malade étant couchée horizontalement, la hanche gauche légèrement relevée par un coussin, on introduit dans le rectum, à 10 centimètres de profondeur environ, une sonde en caoutchouc rouge dite canule à entéroclyse. Elle est reliée au moyen d'un ajutage, au tube de caoutchouc du bock. A chaque séance, on fera passer 5 à 6 litres d'eau dont on favorisera l'écoulement par l'emploi d'un petit dilatateur anal.

On pourra aussi faire des tamponnements glycéринés qui produisent une saignée séreuse efficace.

Les eaux thermales, le repos au moment des règles, le massage, le port d'une ceinture ou d'un corset antiptosique, etc., trouveront également leur indication dans certains cas.

Enfin, à l'intérieur, on ordonnera l'*Hydrastis canadensis* ou l'*Hamamelis virginica* sous forme d'extrait fluide de préférence et à la dose de 50 centigrammes à 5 grammes pour le premier, 4 à 8 grammes pour le second, dans une potion ou en gouttes.

Le traitement chirurgical, qui est en réalité le seul rationnel, pourra varier suivant les circonstances :

S'il s'agit d'une femme jeune, n'ayant pas eu d'enfant et désirant en avoir ; si, d'autre part, l'utérus est sain, les ovaires pas ou très peu touchés, on devra se contenter de la résection pure et simple des paquets variqueux mais en ayant soin de ligaturer séparément chaque tronc veineux.

Cette méthode, que n'indiquent pas les auteurs, a précisément été appliquée dans le cas de M. Violet (obs. II) et les résultats paraissent, jusqu'à présent, devoir être excellents.

Si, au contraire, le varicocèle a été trouvé chez une femme d'un certain âge, ayant eu plusieurs grossesses heureuses, ou bien si l'on a reconnu un utérus œdémateux, friable (comme dans l'observation I que nous avons recueillie dans le service de M. le professeur Poncet), des ovaires profondément altérés, la castration sera pratiquée sans trop d'hésitation. La congestion chronique de l'utérus entraîne, en effet, au niveau du muscle et de la muqueuse, des modifications structurales importantes : lourd, augmenté de poids, friable ou scléreux, il reste douloureux.

Le traitement conservateur pourrait n'exercer qu'une sédation momentanée et, comme on l'a dit, une laparotomie est une partie de plaisir que l'on n'aime guère à proposer deux fois à ses malades.

L'hystérectomie totale ou subtotale, en pareil cas, sera facile, sans danger. On n'aura qu'une seule précaution spéciale à prendre, celle de l'hémostase. Elle devra être plus minutieuse alors que jamais. Dans le varicocèle tubo-ovarien, en effet, les veines péri-utérines sont toujours très développées, aussi tendent-elles à rester béantes à la coupe. L'une d'elles, oubliée par mégarde, pourrait donner un cruel mécompte opératoire.

CONCLUSIONS

I. — Le varicocèle tubo-ovarien existe, mais il est rare. Nous ne pouvons en rapporter que sept observations dont une inédite, recueillie dans le service de M. le professeur Poncet.

II. — Il se manifeste par les symptômes suivants :

1^o Douleurs vives, lancinantes s'irradiant vers les reins ;

2^o Hémorragies répétées, rebelles aux traitements ordinaires ;

3^o Avortements alors qu'il n'y a ni syphilis ni traumatisme.

III. — Toutefois le tableau clinique n'a rien de caractéristique et en pratique il ne faut pas compter en faire le diagnostic.

IV. — Le traitement sera toujours chirurgical, mais suivant le cas il pourra être conservateur ou radical.

Dans le traitement conservateur, on se borne à enlever uniquement les paquets variqueux en ayant bien soin de lier isolément chaque veine. On l'appli

quera aux femmes jeunes, n'ayant pas encore d'enfants et désirant en avoir et lorsque les ovaires et l'utérus n'auront pas subi d'altérations appréciables.

Le traitement radical, consistant en une hystérectomie avec castration, restera indiqué chez les malades plus âgées ayant eu des grossesses heureuses quand on aura constaté des lésions profondes de l'utérus et des annexes.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 22 décembre 1908.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- COË, *American Journ. off Obstetrics*, 1889.
- DEVALZ, Thèse de Paris, 1858.
- DUDLEÏ, *New-York med. Journ.*, 1888.
- HERBET, *Société anatomique*, 1896.
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU, *Traité méd.-chirurg. de gynécologie*.
- PETIT (Paul), *Nouv. Arch. d'Obst. et Gyn.*, 1891.
- PONCET (A.), Thèse d'agrégation, Paris, 1878.
- POZZI, *Traité de gynécologie clinique et opératoire*.
- RICHET, *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale*.
- ROUSSAN, Thèse de Paris, 1892.
- VIOLET, *Gazette des hôpitaux*, 1907.
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.	7
INTRODUCTION.	9
CHAPITRE PREMIER. — Définition, historique, fréquence. . .	11
CHAPITRE II. — Observations.	17
CHAPITRE III. — Etude clinique et diagnostic	35
CHAPITRE IV. — Etiologie et pathogénie	39
CHAPITRE V. — Traitement	42
CONCLUSIONS	45
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	47

